



Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat

Päälöydökset

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kehittynyt kunnissa myönteisesti viimeisten kahden vuoden aikana.
- Vastuutahot on nimetty 90 prosentissa kunnista.
- Joka toisessa kunnassa toimii koordinaattori, suunnittelija tai vastaava. Näistä viidennes on sijoitettu kunnan keskuhallintoon.
- Väestöryhmien välisten terveyserojen käsittelyssä ja raportoinnissa valtuustolle on edelleen kehitettävää.
- Valtuuston hyväksymä laaja hyvinvointikertomus on laadittu 80 prosentissa kunnista, mikä on odotettua vähemmän.
- Päätösten vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja terveyteen arvioidaan ennalta vain harvoissa kunnissa.

JOHDANTO

Kokonaisvastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kunnilla. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kunnan on huolehdittava terveyden ja hyvinvoinnin edellytysten huomioimisesta kaikkien hallinnonalojen toiminnassa. Näistä tehtävistä on erikseen säädetty vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010).

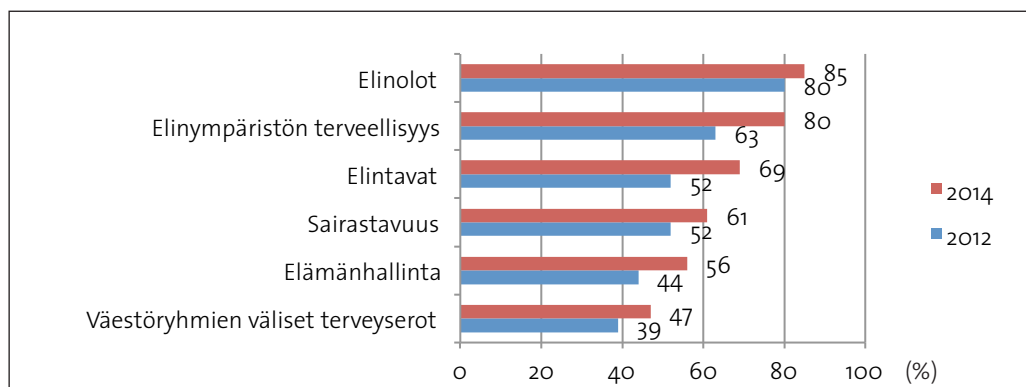
Tässä julkaisussa tarkastellaan erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen koordinaatiota ja rakenteita, joita on kehitetty pitkäjänteisesti useissa valtakunnallisissa hankkeissa 2000-luvulla. Tarkastelluille asioille on myös löydettävissä selkeät velvoitteet terveydenhuoltolaista. Vuoden 2015 tiedonkeruun tuloksia verrataan vuoden 2013 tilanteeseen soveltuvin osin.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sote-palvelut ovat siirtymässä itsehallintoalueille, jää kuntaan edelleen kokonaisvastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä. Kunnissa tarvitaan selkeitä rakenteita ja prosesseja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön suunnitteluun, koordinointiin ja johtamiseen. Tarve esimerkiksi perusopetuksen, liikuntatoimen, nuorisotoimen, kaavoituksen ja teknisen toimen työn koordinaatioon on jatkossa aivan yhtä suuri kuin nykyisinkin. Selkeät rakenteet myös mahdollistavat itsehallintoalueiden kunnille tarjoaman sote-asiantuntemuksen tehokkaan hyödyntämisen ja asukkaiden osallisuuden vahvistamisen kunnan toiminnassa.

TULOKSET

Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely yhä yleisempää

Vuonna 2014 kuntien johtoryhmissä käsiteltiin yleisimmin kuntalaisten elinoloja (85 %), kuten toimeentuloa, koulutusta ja työllisyyttä, sekä elinympäristön terveellisyttä (80 %), kuten turvallisuutta ja viihtyisyyttä (kuvio 1). Yli puolet vastanneista johtoryhmistä oli käsitellyt kuntalaisten elintapoja (69 %), kuntalaisten sairastavuutta (61 %) ja elämänhallintaan liittyviä asioita (56 %). Harvimminkin käsiteltiin väestöryhmien välisiä terveyseroja (47 %). Kaikkien teemojen käsittely oli selkeästi yleisempää kuin kaksi vuotta aiemmin.



Kuvio 1. Väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen käsittely kunnan johtoryhmässä vuosina 2012 ja 2014.

Kirjoittajat:

Timo Ståhl

Johtava asiantuntija, THL

Kirsi Wiss

Asiantuntija, THL

Pia Hakamäki

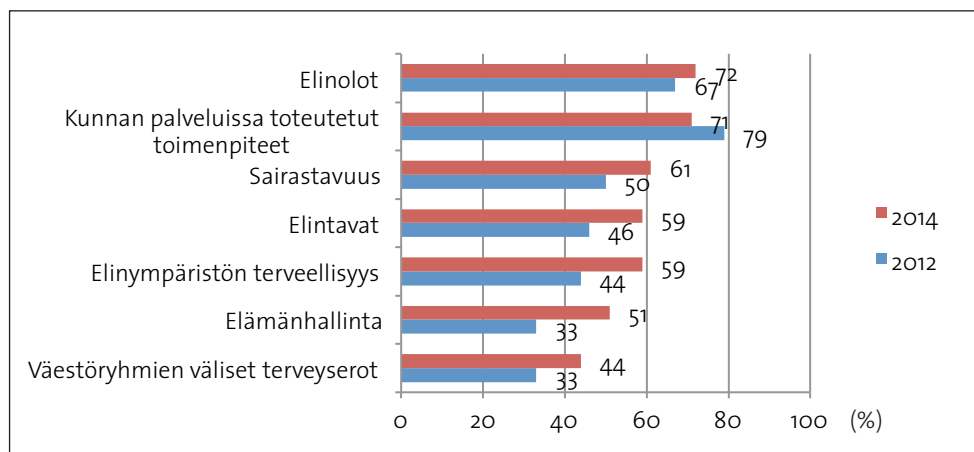
Tutkija, THL

Vesa Saaristo

Asiantuntija, THL

Valtuustolle raportointi yleistynyt

Valtuustolle oli vuonna 2014 raportoitu yleisimmin kuntalaisten elinolot (72 %) sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä (71 %). Selvästi yli puolessa kunnista valtuustolle raportoitiin kuntalaisten sairastavuudesta (61 %), elintavoista (59 %) sekä elinympäristön terveellisyydestä (59 %). Noin puolet kunnista raportoi valtuustolle kuntalaisten elämänhallinnasta (51 %) ja alle puolet väestöryhmien välisistä terveyseroista (44 %). Valtuustolle raportointi oli 2014 selkeästi yleisempää kuin vuonna 2012.



Kuvio 2. Väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen raportointi kunnanvaltuustolle vuosina 2012 ja 2014.

Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus

Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus oli vuonna 2015 lähes neljässä viidestä kunnasta (79 %). Tämä on hieman vähemmän kuin olisi voinut olettaa vuoden 2013 tietojen perusteella, jolloin kolmanneksessa (33 %) kunnista hyvinvointikertomus oli tehty ja se oli tekeillä yli puolessa (55 %). Laaja hyvinvointikertomus oli kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavana 54 prosentissa kunnista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot ja voimavarat

Vuonna 2015 vastuu kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä oli yleisimmin annettu johtoryhmälle (kunnan johtoryhmä 36 % tai muu johtoryhmä 12 %). Neljännes (24 %) kunnista oli antanut vastuun kunnanjohtajan tai muun yksittäisen viranhaltijan vastuulle. Usean eri viranhaltijan vastuulle sen oli antanut lähes viidesosa (18 %) kunnista. Suurin muutos kahden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna oli vastuutahon nimeäminen useammin ryhmän kuin yksittäisen viranhaltijan vastuulle, mikä oli yleisin (48 %) vastuutaho vuonna 2013. Myös vastuutahoja nimeämättömiä kuntia oli vuonna 2015 vähemmän (10 %) kuin vuonna 2013 (19 %).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmänä toimi noin puolessa kunnista (52 %) eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä. Kunnan johtoryhmä tai laajennettu kunnan johtoryhmä toimi työryhmänä noin joka neljännessä kunnassa (27 %). Alle kymmenes (9 %) ilmoitti, ettei kunnassa ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmää.

Näin tutkimus tehtiin

THL keräsi kunnan johdolta tietoa siitä, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä johdetaan, koordinoidaan ja toteutetaan kunnissa.

Tavoitteena on seurata kuntien terveydenedistämisasiävisuutta ja sen muutoksia.

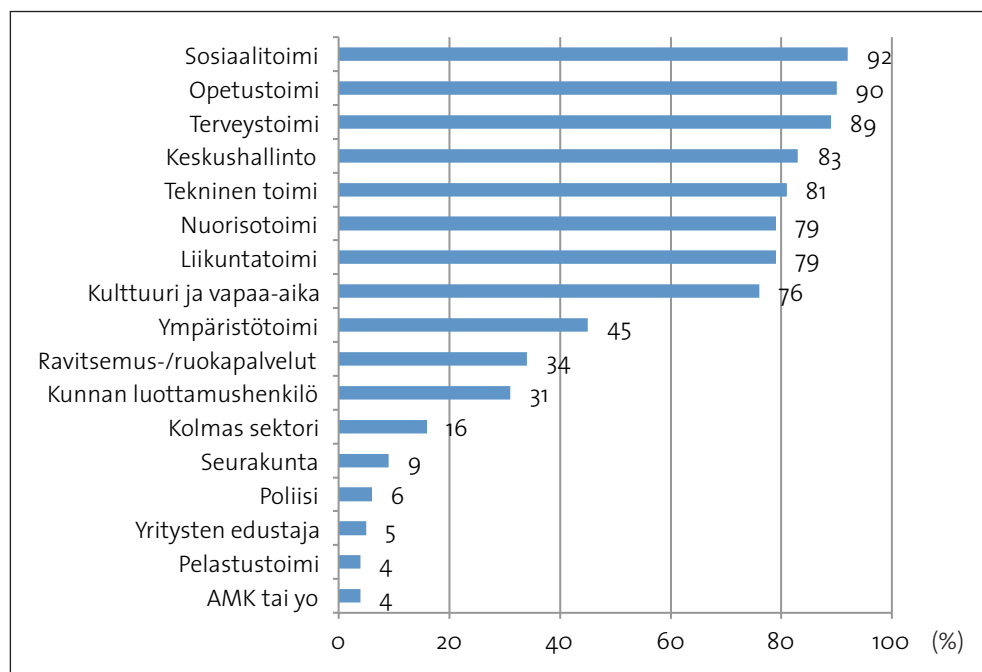
Tiedonkeruulomake on jäsen-netty terveydenedistämisasiävisuuden näkökulmien mukaisesti: sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi sekä osallisuus.

Tiedonkeruu toteutettiin sähköisellä lomakkeella keväällä 2015. Kunnilla oli mahdollisuus toimittaa tiedot myös postitse.

Vuonna 2015 tietonsa toimitti 250 kuntaa (79 % kaikista Suomen kunnista).

Kuntakohtaiset tulokset julkaitaan maksuttomassa ja avoimessa TEAvisari-verkkopalvelussa (www.teaviisari.fi).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät muodostuivat yleisimmin kunta-organisaation eri toimialojen edustajista (kuvio 3). Muita toimijoita oli mukana vain 43 prosentissa työryhmissä. Näistä yleisimpiä olivat kunnan poliittiset päätöksentekijät (31 %) ja kolmannen sektorin edustajat (16 %).



Kuvio 3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien kokoonpano vuonna 2015.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinointiin oli nimetty henkilö yli puolessa kunnista (55 %) vuonna 2015. Näistä kokopäiväisiä oli 8 prosenttia ja useamman kunnan yhteisiä 9 prosenttia. Pääasiassa (37 %) tehtävää hoidettiin osa-aikaisesti tai oman toimen ohella. Yli puolet (60 %) koordinaattoreista oli sijoitettu sosiaali- ja terveystoimeen ja noin viidesosassa keskushallintoon (21 %).

Vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käyttö harvinaista

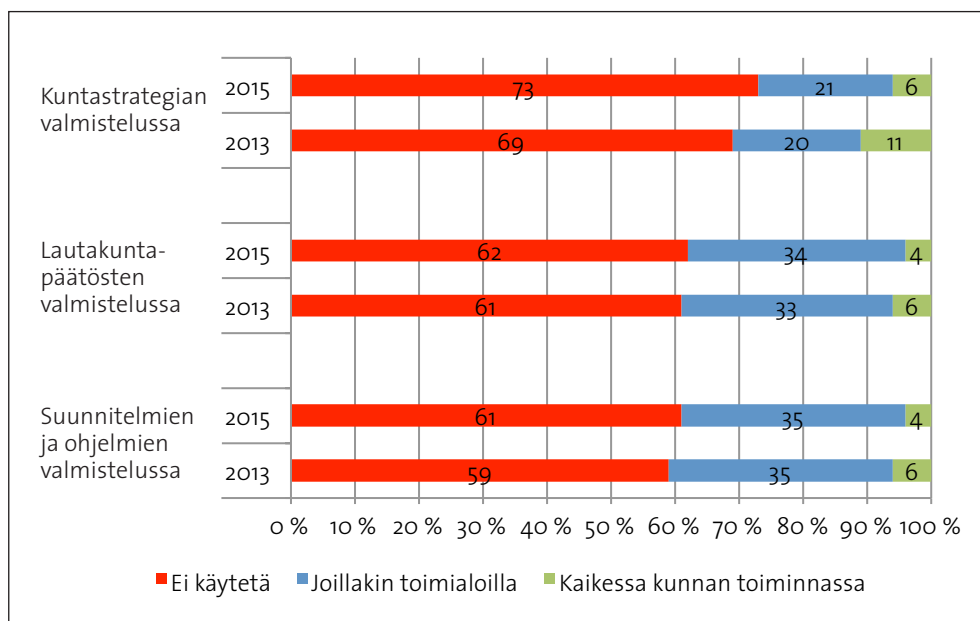
Päätöksen väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän käyttöönotosta oli tehnyt 23 prosenttia kunnista. Menetelmän suunnitelmallinen käyttö oli kunnissa vielä harvinaista (kuvio 4). Kolme neljäsosaa (73 %) kunnista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt menetelmää kuntastrategian valmistelussa lainkaan. Muiden suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa sitä oli käytetty joillakin toimialoilla reilussa kolmanneksessa (35 %) kunnista. Kahden vuoden seuranta-ajalla ennakoarviointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö oli pysynyt ennallaan.

KIRJALLISUUTTA

Hätönen H, Helakorpi S & Ståhl T. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutuminen kunnassa. Tutkimuksesta tiiviisti 7, lokakuu 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

TEAvisari. www.teaviisari.fi



Kuvio 4. Väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän käyttö kunnissa vuosina 2013 ja 2015.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö on kehittynyt kunnissa myönteiseen suuntaan kahden vuoden tarkastelujaksolla. Valtaosa on nimennyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot ja poikkihallinnollinen yhteistyö on yleistynyt. Myös väestön terveys- ja hyvinvointitietojen käsittely kunnan johtoryhmässä ja näiden tietojen raportointi valtuustolle on lisääntynyt.

Myönteisestä kehityssuunnasta huolimatta kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä löytyy myös kehittämiskohteita. Valtuuston hyväksymä laaja hyvinvointikertomus puuttui edelleen vuonna 2015 joka viidennestä kunnasta ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmää käytetään lautakuntien päätösten sekä kuntastrategioiden valmistelussa hyvin satunnaisesti. Myös väestöryhmien välisten terveyserojen käsittely johtoryhmässä ja tietojen raportointi valtuustolle on edelleen harvinaista.

Positiivinen kehityskulku tulisi taata myös jatkossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää sosiaali- ja terveyspalvelut itsehallintoalueille, mutta hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on jatkossakin kunnan tehtävä. Tarvitaan rakenteita ja ratkaisuja, jotka vahvistavat väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä myös tulevaisuudessa.

Sote-uudistuksen yhteydessä tulee huolehtia, että kuntaan jää riittävästi asiantuntemusta, sillä suurin osa poikkihallinnollista työtä koordinoivista asiantuntijoista on nyt sijoitettu sosiaali- ja terveystoimeen. Lisäksi tulee kehittää kannustinjärjestelmiä, joiden avulla varmistetaan, että kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen säilyy kuntien toiminnan keskiössä.

Tämän julkaisun viite: Ståhl T, Wiss K, Hakamäki P & Saaristo V. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat. Tutkimuksesta tiiviisti 31, syyskuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-526-4 (painettu)
ISBN 978-952-302-527-1 (verkko)
ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-527-1>

www.thl.fi/teaviisari